

COLE AQUI
ETIQUETA DB**RQ-0594 7 DEHIDROCOLESTEROL QUESTIONÁRIO EXAME BIOQUÍMICA METABÓLICA*****Todos os dados são imprescindíveis**

Prezado (a), os dados a seguir são necessários para a correta realização do exame. Por favor, preencha os campos abaixo com letra legível para que a análise possa ser realizada com as informações corretas.

Dados do solicitante

Hospital/Clínica: _____

Nome completo: _____

CRM: _____ Telefone: () _____

E-mail: _____

Data da solicitação: ____/____/____

Dados da amostra

Data da coleta: ____/____/____ Tipo de amostra: _____

Dados do paciente

Nome completo: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: Feminino Masculino Peso: _____ Kg

Endereço: _____

E-mail: _____

Telefone: () _____

Dados clínicos

Suspeita clínica: _____

Anamnese: Morte entre gêmeos Consanguinidade familiarInício dos sintomas: Desde o nascimento Durante período neonatal Outro (especificar): _____

Tratamento em andamento: _____

Data de início: ____/____/____

Sintomas clínicos: Assinale o campo se o sintoma está presente e adicione outras informações que possam ajudar o diagnóstico.**Morfologia** Hipotrofia Aspecto marfanoide Dismorfia facial Outro: _____**Sistema digestivo** Hepatomegalia Hernia inguinal e/ou umbilical Dificuldade de alimentação Náusea Esplenomegalia Outro: _____**Sintomas cardiovasculares** Miocardiopatia hipertrófica/Dilatada Displasia fibromuscular Outro: _____ Trombose venosa e/ou arterial Curto intervalo de RP

Sintomas clínicos: Assinale o campo se o sintoma está presente e adicione outras informações que possam ajudar o diagnóstico.

Sintomas osteoarticulares cifoscoliose anormalidade capilares

- Retração de tendão Disostose multiplex
 Osteoporose Cifoscoliose Outro: _____

Sintomas Oftalmológicos

- Catarata Retinite pigmentosa Mancha macular vermelho cereja
 Luxação do cristalino Atrofia óptica Outro: _____

Sintomas Orais

- Otite crônica ou recorrente Apnéia do sono
 Infiltração laringotraqueal Pneumopatia Outro: _____

Sintomas Dermatológicos

- Angioqueratoma, telangiectasia Nódulo periarticular
 Anormalidade capilares Mamilos invertidos
 Eczema Infiltração cutânea Outro: _____

Sintomas Neuromusculares

- Hipotonia Atraso psicomotor Convulsões
 Hipertonia Regressão psicomotora Problemas de consciência Miopatia
 Ataxia Problemas comportamentais Macro/microcefalia Outro: _____
 Coma Neuropatias Discinesia

Sintomas Renais

- Túbulopatia Cisto renal Falência renal Litíase Outro: _____

Comentários (especificar a cronologia dos sintomas): _____

Sintomas Biológicos: Por favor marque a caixa se o sintoma está presente e adicione outras informações que possam ajudar o diagnóstico.

- Acidose metabólica Falência hepatocelular/citólise
 Cetonúria Anormalidade hematológicas (especificar) _____
 Hipoglicemia Hiperproteinemia
 Hiperamonemia Cariótipo anormal
 Hiperlactacidemia Outro: _____

Sintomas paraclínicos

EEG, varredura, ressonância magnética, ecografia, problemas potenciais observados: _____

Exames histológicos: _____

Radiografias esqueléticas: _____
